

Einschreibebogen – Schuleinschreibung für das Schuljahr 2024/2025

DATEN des KINDES: Bitte laut vorgelegten Dokumenten ausfüllen bzw. ankreuzen!

FAMILIENNAME		Männlich: <input type="checkbox"/>	Weiblich: <input type="checkbox"/>
Vorname(n)		Straße:	
Geburtsdatum:		PLZ/Ort:	
Geburtsort:		Versicherungsnummer:	
Geburtsland:		Nachmittagsbetreuung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Staatsbürgerschaft:		Anzahl der Tage:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Erstsprache (Muttersprache):		Lebensmittelunverträglichkeiten Welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alltagssprache (im täglichen Umgang):		Geschwister/Geburtsjahr:	
Religionsbekenntnis:		KRANKHEITEN die in der Schule zu berücksichtigen sind:	
Besuch des Religionunterrichtes:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (nur bei OB auszufüllen)	Medikation:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Taufschein: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Geburtsurkunde: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	KINDERGARTEN: Besuch: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Jahre: ___ Jahr(e) vor Schulbeginn
Meldezettel: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	E-Card: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Name Kindergarten/Gruppenname:	
Staatsbürgerschafts- nachweis: <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Masernimpfung: <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kopie abgegeben	Sprachförderung im Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja, _____ Jahr(e) <input type="checkbox"/> nein

Platz für Wünsche
(Freunde, Lehrer...):

Mutter: Vater:

Familienname:		Familienname:	
Vorname:		Vorname:	
Beruf:		Beruf:	
Adresse:		Adresse:	
PLZ/Ort:		PLZ/Ort:	
Telefonnummer:		Telefonnummer:	
E-Mail-Adresse:		E-Mail-Adresse:	
erziehungsberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	erziehungsberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich bin mit der Weitergabe bzw. Verwendung personenbezogener Daten
meines Kindes innerhalb der Schule und der Bildungsdirektion einverstanden. ja nein

Datum: _____	Erziehungsberechtigte:	Erziehungsberechtigte:
Unterschriften:		

Folgende Unterlagen bitte fotografieren / scannen und mailen an:

vs.koeflach@koeflach-tv.at

- Einschreibebogen
- Geburtsurkunde des Kindes
- Meldezettel
- Staatsbürgerschaftsnachweis des Kindes (oder des Erziehungsberechtigten)
- E-Card mit der Versicherungsnummer des Kindes
- Taufschein
- Impfpass: MASERN Impfung: 2x 1x NEIN

Oder einen Termin vereinbaren und vorbeikommen:

VS Köflach
Grazerstraße 4
8580 Köflach

Hinweis:

Bitte bis JUNI an die Schule zu übermitteln (letzter Abgabetermin Sept.):

- Protokoll des Entwicklungsgesprächs aus dem Kindergarten
- Übergabeblatt Sprachentwicklung